

Neoliberalismo, colonialismo y derecho a la salud mental de la niñez en Puerto Rico

MARINILDA RIVERA DÍAZ

Centro de Investigaciones Sociales
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

RESUMEN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2008), las desigualdades y la inequidad en salud son el resultado de políticas sociales y económicas que tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un/a niño/a desarrolle su potencial, tenga una vida plena o se malogre. En el caso de Puerto Rico, la injerencia de la política federal dentro de la esfera social y económica por nuestra relación colonial con los Estados Unidos, las transformaciones en la economía mundial, y el discurso de privatización dentro del espacio de lo político amparado en el neoliberalismo son elementos esenciales de análisis para las políticas sociales y económicas en torno a los derechos de la niñez, siendo la salud y salud mental los enfoques de este artículo. Este trabajo tiene el propósito de abordar brevemente el impacto de algunas de las más recientes políticas neoliberales en el campo de la salud mental, así como algunos ejemplos y efectos de la política colonial en el espacio del derecho a la salud. Se hacen recomendaciones a la profesión del Trabajo Social con el interés de provocar algunas reflexiones que dirijan acciones ético políticas en este campo profesional. [*Palabras clave*: neoliberalismo, colonialismo, salud mental, Puerto Rico].

ABSTRACT

According to the World Health Organization (2008), inequalities and inequities in health are the result of social and economic policies that have crucial effects on the possibilities for a child to develop his or her potential, or simply lose his or her life. Because of the colonial relationship of Puerto Rico with the United States, it is essential to analyze how federal policy, changes in the global economy, and local neoliberal discourses that support privatization inform policies that address child rights. This paper seeks to explore and illustrate the impact of recent neoliberal mental health policies on health rights. Recommendations relevant to the field of social work are discussed with the ultimate goal of reflecting and promoting ethical political actions in the profession. [**Keywords:** Neoliberalism, colonialism, mental health, Puerto Rico].

Introducción

Bernardini (2012) sostiene que la salud de las personas y las sociedades en general, está influenciada por un conjunto de causas políticas, sociales y económicas que impactan la vida de las personas. En el caso de la niñez, la Organización Mundial de la Salud (2008) ha expresado que la desigualdad e inequidad en los servicios de salud de los países son el resultado de políticas sociales y económicas que tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño o una niña crezca, desarrolle todo su potencial y tenga una vida próspera, o que simplemente se malogre. Por tanto, el desarrollo de un país depende directamente de las políticas sociales y económicas que construyamos y defendamos para nuestra niñez.

En el caso de Puerto Rico, la injerencia de la política federal dentro de la esfera social y económica por nuestra relación colonial con los Estados Unidos, las transformaciones en la economía mundial, y el discurso de privatización amparado en el neoliberalismo dentro del espacio de lo político, son elementos esenciales de análisis para las políticas sociales y económicas en torno a los derechos de la niñez, siendo la salud y salud mental los enfoques de este trabajo. De acuerdo con Guinsberg (2004), la globalización neoliberal, y consigo la “economía del mercado”, no sólo actúa en el terreno de las políticas económicas, sino que incide de igual manera en los ámbitos políticos, sociales y culturales. Estos últimos promueven un mercado enfocado en la creación y acumulación de riqueza de parte de unos sectores, en la privatización del sector público, en la canalización de mano de obra barata y en la flexibilización del mercado de trabajo (Guinsberg, 2004). Además, los ámbitos políticos, sociales y culturales, amenazan los derechos adquiridos en luchas sindicales y obreras, actuando contra los sistemas de retiro y despidiendo empleados del sector gubernamental de forma masiva¹. Como consecuencia de esto, el desempleo, la inseguridad laboral y la pérdida de trabajo afecta las vidas de muchos ciudadanos y ciudadanas; ampliando las brechas entre las clases sociales, aumentando la pobreza y fragilizando no sólo la estabilidad mental y emocional de las personas, sino su capacidad de ejercer y hacerse valer como ciudadanos y ciudadanas.

Ante este escenario, son cada vez más las personas que quedan excluidas por no hacerse parte de los procesos que exige el mercado y la producción de bienes. Custo (2008) coincide en las implicaciones que tiene el neoliberalismo en las personas y sostiene que este va “...generando situaciones de incertidumbre, fragilización, crisis de identidades, de participación, de representación, ruptura del entramado

social, el temor de un horizonte que amenaza, produciendo malestar y sufrimiento psíquico del ser humano...” (p.12). En este contexto se manifiesta toda una serie de situaciones conflictivas que amenazan con el quebrantamiento de las relaciones sociales y familiares, el surgimiento de personas angustiadas y doblemente marginadas (por la pobreza y por su quebranto mental) y como consecuencia, el deterioro del ejercicio de la ciudadanía de estos sectores más vulnerables. En esta situación, se encuentran los niños, niñas y jóvenes que sufren, junto a sus familiares, los embates de la pobreza y la exclusión sin recibir la atención requerida. En Puerto Rico, esto no ha sido la excepción. El malestar de nuestra niñez y juventud se manifiesta a través de las altas tasas de maltrato, de suicidio, de homicidios, de uso de sustancias, de desarrollo de trastornos emocionales severos, entre otras. Sin embargo, son pocos los esfuerzos dirigidos a abrir espacios de escucha y reconocerles como ciudadanos y ciudadanas de derechos inscritos en nuestra vida de pueblo.

Neoliberalismo y salud mental en Puerto Rico

En el escenario de la salud, Puerto Rico ha presenciado el desarrollo de políticas que abastecen los intereses de la agenda neoliberal y la relación colonial con los Estados Unidos. Empezaré con exponer el discurso de privatización de los servicios de salud amparado en el neoliberalismo y dejaré para más adelante la discusión en torno a la injerencia de la política colonial. El neoliberalismo, como ideología económica, se ha adentrado en las instituciones del Estado con el fin de desplazar las diversas formas de protección social construidas a través de la historia, amparándose en que las intervenciones estatales son económicamente ineficientes. Para ello propone la privatización de los derechos básicos como lo son la educación, la vivienda y la salud, incluyendo la salud mental.

Tomemos como ejemplo la Reforma de Salud del Gobierno de Puerto Rico, con todas sus contrarreformas y deformas, como una manifestación concreta de una política neoliberal en nuestro contexto. En el año 1993, Puerto Rico tuvo el primer médico en llegar a la gobernación de la Isla. Su plataforma política impulsó la reforma de los servicios de salud con el propósito de brindar servicios de salud a la población médico indigente a través de una modalidad de manejo de cuidado con proveedores privados y el pago de un *capitation*. El *Capitation* o Pago Per Cápita es el ingreso generado por una IPA (centro proveedor de servicios de salud bajo el Plan del Gobierno de Puerto Rico) que resulta del acuerdo que tiene la misma con la aseguradora para proveer los servicios a un grupo determinado de personas por una

cantidad fija de dinero por persona por mes. Este ingreso no depende de la cantidad de servicios que se hayan ofrecido, sino del propio acuerdo entre la IPA y la aseguradora (MCS, s/f). Para poder implementar la Reforma, se ratificó la Ley Orgánica 72 que creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, mejor conocida como ASES. Esta agencia fue responsable del establecimiento y administración del Seguro de Salud del Gobierno. La política de la Reforma ha tenido un impacto directo en el sistema de salud público del país. De acuerdo con el Informe del Grupo de Trabajo sobre Política Pública en relación al Sistema de Cuidado de Salud Mental (2003), el modelo de manejo de cuidado implementado por la Reforma, tenía limitaciones dentro del cuidado de la salud mental, entre ellas cabe mencionar: 1) el pobre acceso a equipos interdisciplinarios compuestos por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros conocedores de la conducta humana; 2) el predominio de la farmacoterapia en el tratamiento; 3) las serias restricciones al acceso en medicamentos, especialmente con aquellos de más reciente generación; 4) la inestabilidad caracterizada por el cambio en proveedores y mudanzas de establecimientos; 5) la ausencia de coordinación interagencial; y 6) la falta de un abordaje sistémico de los casos atendidos, entre otros (ELA, 2003). Este Informe fue elaborado en el 2003 y aún las condiciones en el sistema de salud mental no han cambiado. La población cubierta por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico ha sido testigo de la desarticulación de los servicios de salud mental y el enriquecimiento de las farmacéuticas y compañías aseguradoras que han insertado sus agendas de mercado en el espacio del derecho a la salud. Además, ha gestado un monopolio en la administración de estos servicios y ha promovido una cultura de diagnóstico y de fármaco, que responde a los intereses económicos de una enorme y compleja industria médica; tomando ventaja de los niños y jóvenes y violentando los derechos más elementales de las personas.

La privatización de los servicios de salud general en Puerto Rico partió del supuesto de que los servicios médicos privados eran superiores a los públicos; principio que se sostiene en las políticas neoliberales. Sin embargo, la realidad del sector público era la amplitud de servicios que ofrecía a la población en comparación con los servicios privados (ELA, 2004). Bajo la Reforma, los servicios de salud mental están restringidos por el American Psych System (APS) y disponibles para casos agudos que requieran de estabilización rápida. Los casos crónicos que requieren servicios de mayor intensidad, tales como tratamientos residenciales, intensivo ambulatorio, etc., continúan en el sector público. De esta manera se establecieron dos sistemas paralelos que no son compatibles y que elevan el costo de la salud

mental (Rivera Mass, Fernández, Torres, & Parrilla, 2007).

Los servicios de salud mental en Puerto Rico se rigen actualmente por la Ley 408 del 2 de octubre de 2000, enmendada el 6 de agosto de 2008, conocida como Ley de Salud Mental de Puerto Rico. Esta ley tiene como uno de sus propósitos, establecer los derechos de la población a recibir los servicios de salud mental, incluyendo los de los niños, niñas y jóvenes. Algunos de los logros de esta política fueron: (a) la creación de disposiciones para separar los servicios de niños, niñas y jóvenes de los servicios recibidos por adultos en clínicas organizadas, (b) el desarrollo de un capítulo de tratamiento en salud mental para niños, niñas y jóvenes y (c) la redacción de la carta de derechos de los niños, niñas y jóvenes que reciben servicios de tratamiento de salud mental.

En noviembre de 2006, ante la necesidad de asumir los servicios que habían sido trasladados a las aseguradoras con fines de lucro, la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, ASSMCA, retomó los servicios que American Psych Systems (hoy APS Health Care) proveía a las región de San Juan-metro y a la región oeste de la Isla bajo un proyecto denominado Proyecto Transformación². Esto se dio como resultado de informes sobre el estado de situación del sistema de salud y los servicios de salud mental provistos por las aseguradoras (ELA, 2003; ELA 2004; ELA, 2005). Este proyecto piloto perseguía revertir el proceso que se inició con la Reforma de Salud, con el fin de devolverle a ASSMCA la función de administrador y proveedor de los servicios de salud mental. El 6 de agosto 2008, la Ley de Salud Mental de Puerto Rico fue enmendada con el propósito de atemperar los servicios a las nuevas demandas de la población protegiendo sus derechos (Estado Libre Asociado, 2008).

Pese a estos propósitos, plasmados en la intención de las enmiendas a la ley, el 1 de diciembre de 2009 todos y todas presenciamos como la política pública del último gobernador, el Lcdo. Luis Fortuño, puso fin al propósito del Proyecto Transformación implementado por ASSMCA en el año 2006. Los servicios que habían sido retomados, volvieron a manos de la aseguradora privada APS. En el 2013, bajo la gobernación del Lic. Alejandro García Padilla, el Gobierno volvió a contratar a APS como principal proveedor y además, le asigna la responsabilidad de proveer los servicios a toda la Isla. Esto pese a varios estudios de satisfacción realizados con pacientes (García, 2000; Rivera, 2010), comisiones especiales para el estudio del sistema de salud (ELA; 2003; ELA; 2004; ELA 2005), demandas contra dicha organización y denuncias en los medios noticiosos del país. Entre esas demandas se encuentra el caso de un joven de 22 años, Marcos

Rosario, quien se suicidó en el 2005 en espera de una cita por APS. Su madre llevó sus cenizas a las instalaciones de APS en Bayamón. En la noticia presentada por el Periódico *El Nuevo Día* en sección Portada del 26 de febrero de 2005, la madre de este joven expresó: “Este es mi hijo, el que está muerto aquí (refiriéndose a la caja de cenizas). Estos son los servicios que dan ustedes” (p.47). Igualmente, estas denuncias son ilustradas en una investigación doctoral realizada en el 2010 con niños, niñas y jóvenes con condiciones de salud mental y sus familias (Rivera, 2010).

Colonialismo y salud mental en Puerto Rico

Las políticas sociales son determinadas por la complejidad de factores históricos, políticos, económicos e institucionales. En el caso de Puerto Rico, el contexto de la política social actual esta matizada no solo por la corriente neoliberal, sino también por la relación colonial de Puerto Rico con los Estados Unidos. En el contexto de la salud, la injerencia de la política colonial ha socavado de igual manera el reconocimiento de esta como un derecho humano sin importar la edad, raza, preferencia sexual, credo, situación de empleo, estatus migratorio, entre otros, de la persona. Sin embargo, dada la situación colonial de Puerto Rico, la historia del sistema de salud recoge uno de los intentos infructuosos de un pueblo por garantizar ese derecho a todos los puertorriqueños y puertorriqueñas. En el 1952, el pueblo de Puerto Rico presentó ante el Congreso de los Estados Unidos su Constitución y con ella la Carta de Derechos que contenía en su sección 20 el derecho de toda persona a la salud y asistencia médica. La misma fue aprobada eliminando el derecho a la salud (Rivera, 2010). Interesantemente, la historia también nos dice que para esa década, la Isla comenzó a enfrentar grandes transformaciones en la organización de los servicios de salud y salud mental. Uno de los ejes propulsores del cambio fue la Compañía de Seguros de Salud Cruz Azul, quien de forma paralela al servicio de salud público que se implantaba en la isla, insertó el modelo de servicios de salud privado. De acuerdo con el Informe del Grupo de Trabajo sobre Política Pública nombrado por el Gobierno de Puerto Rico en relación con el Sistema de Cuidado de Salud Mental (2003) indica:

Para esta fecha podríamos señalar que los servicios de salud en Puerto Rico estaba determinados y condicionados por el poder adquisitivo del enfermo: si contaba con poder adquisitivo podía optar por el modelo privado de seguro de salud, si no contaba con poder adquisitivo dependía del sistema del Estado (p.16).

Parecería que la agenda de mercado en torno a la salud de los puertorriqueños y las puertorriqueñas, ya estaba definida desde el Congreso. Es por esto que dentro del contexto de la realidad histórica, política y económica de Puerto Rico y su relación con los Estados Unidos, se concretiza dicha tesis, a través de la transferencia de fondos que propician políticas sociales que responden a otro contexto y a otros intereses que limitan la creación de proyectos articulados en base a las necesidades de la ciudadanía puertorriqueña.

En Puerto Rico, la mayoría de las políticas sociales responden a los intereses creados dentro del contexto colonial y sus consecuencias económicas han sido: a) la descomposición social; b) el desempleo; c) la desnacionalización de la economía y d) la dependencia de fondos federales (Guardiola, 1998). Uno de los más recientes sucesos que sostiene este argumento es la experiencia vivida por niños, niñas y jóvenes con condiciones de salud mental y sus familias participantes de las clínicas ambulatorias ASSMCA. En septiembre de 2013, las familias participantes de estos servicios, así como todo el pueblo de Puerto Rico, recibieron una amenaza de cierre de las clínicas ambulatorias de Salud Mental ubicadas en el área de Río Piedras y en la zona de San Patricio. El argumento en aquel momento giraba en torno a nuevas reglamentaciones federales sobre la provisión de los servicios de salud costeados con fondos federales. Las nuevas políticas establecían que los pacientes que recibían servicios bajo la Reforma no podían recibir servicios ofrecidos por la ASSMCA. Esta medida se debe a que fondos federales son destinados para el pago de contratación de APS; la aseguradora principal de los servicios de salud mental en la Isla. El 29 de diciembre 2013, un artículo en el periódico *El Nuevo Día* retomó la preocupación sobre los cambios inminentes dentro de la ASSMCA que establecen que el gobierno federal solo autoriza a la ASSMCA a utilizar los fondos federales para la provisión de servicios de salud mental a la población sin cubierta médica en Puerto Rico; unas 73,000 personas. Asimismo, le permite utilizar el 3% de los fondos para el pago de un plan médico a algunos de sus pacientes (Rivera, 2013).

Parecería un Estado ávido por deshacerse de la responsabilidad de garantizar el derecho humano a la salud y por otro lado, la agenda neoliberal y con ellos los mercaderes de la salud sosteniendo la privatización de los derechos humanos básicos. Es lamentable como se asume dicho “mandato” desde el espacio administrativo sin anteponer los derechos del pueblo, dándole mayor valor a las designaciones federales e ignorando las consecuencias que pudieran tener las decisiones de unos sectores con intereses muy particulares. Las expresiones de madres participantes de un estudio sobre la salud mental, señalaban

como los vaivenes políticos y las decisiones administrativas tenían un impacto nocivo en la salud mental de sus hijos e hijas. Una madre verbalizó:

“...el que te estén cambiando un médico, después que se adaptan a un médico, que ya cogen confianza, que ya hablan, que ya están ahí, que de momento se lo cambian por otro, en lo que vuelven a coger la confianza, vuelven a... eso es un retro... eso es un virazón que le da a los muchachos” (GFPI-15) (Rivera, 2010, p.231).

Otra madre expresó:

“Es que te digo yo estoy llevando desde los 2 años a (nombre del niño) y pues mayormente fue Belaval. Después estuve en Santurce. Después estuve en Carolina. Estuve aquí en Hoare también un tiempo. De Hoare me mandaron otra vez para Carolina y de ahí, pues no... tuve como varios años sin llevarlo a la psicóloga” (GFPII-07) (Rivera, 2010, p.233).

Otro ejemplo que recoge alarmantemente la injerencia de la política colonial en el espacio de la salud de los puertorriqueños y puertorriqueñas, especialmente de aquellos más vulnerables, lo es la Convención del Niño. En el año 1989, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) redactó el primer instrumento que incorporó toda la escala de derechos humanos internacionales. El mismo posee 54 artículos que estipulan los derechos de los niños, niñas y jóvenes. Pese a que este documento ha sido el tratado de derechos humanos más amplio y rápidamente ratificado por muchos países en toda la historia, Estados Unidos es uno de los únicos dos países en el mundo que no lo ha hecho³. De acuerdo con la Convención, todo niño tiene derecho a asumir un papel activo en su vida. Aún Puerto Rico no ha asumido el tratado en beneficio de esta población por la relación colonial con los Estados Unidos (UNICEF, 2009).

Hasta ahora he planteado que el contexto colonial y neoliberal en que se gestan las políticas sociales tiene una injerencia directa en los derechos humanos, especialmente el derecho a la salud de la niñez y juventud en nuestro país. Sin embargo, aún no hemos analizado los efectos de estas políticas que producen una condición de vulnerabilidad en la vida de miles de jóvenes en nuestro país. Hoy todos vivimos con las nefastas consecuencias del aumento en el uso de sustancias en jóvenes, de cientos de jóvenes sin hogar, de unas tasas inaceptables de maltrato de menores, del abandono del sistema educativo a nuestros niños, niñas y jóvenes, de suicidios en jóvenes, y de alta incidencia de comportamiento delictivo, por mencionar

algunas. Estas implicaciones trascienden el espacio de lo económico y político que plantea la ideología neoliberal y colonial a través de las políticas sociales y la administración de los servicios; amenazando la fibra más frágil y haciendo más vulnerables a aquellos sectores en desventaja social y económica de nuestro país, entiéndase nuestra niñez. Han sido muchas las vidas que han pagado con sangre en las calles las políticas amparadas en la costo efectividad y la privatización. Otras manifestaciones se encuentran actualmente en las instituciones juveniles y en las cárceles del país donde irónicamente reciben “servicios de tratamiento en salud mental” aquellos a los que un día se le negaron los servicios que necesitaban en la “libre sociedad”.

Veamos más de cerca la situación en torno a la salud mental de nuestra población infanto- juvenil. En un estudio epidemiológico realizado por la Dra. Canino y sus colegas (2004), se demostró que alrededor del 16.4 % de los niños y jóvenes entre las edades de 4 a 17 años de edad llenaban criterios de diagnósticos de desórdenes mentales del DSM-IV con impedimento leve o moderado. De estos, un 6.9 % llenó los criterios de disturbo emocional severo (Canino et al., 2004). Sin embargo, el *Plan for Comprehensive Community Mental Health Services for Adults with Severe Mental Illness and Children and Adolescents with Seriously Emotional Disturbances for 2006* de ASSMCA reflejó que el total de niños, niñas y jóvenes que fueron atendidos en el año 2005 fue 32,449. De estos, alrededor del 88 % de los niños atendidos (28,555 niños) cumplía con los criterios de disturbo emocional severo. Asimismo, el plan identificó unos 59,184 niños y niñas en necesidad de servicio y estimó que 30,629 niños con disturbo emocional severo no recibieron el mismo (Estado Libre Asociado, 2005). Esta radiografía nos convoca a reflexionar no solo sobre el dolor que hay detrás de estas estadísticas puesto que sugiere la fragilización del sano desarrollo de las futuras generaciones si no damos cabida y apostamos a la construcción de nuevos paradigmas que generen políticas sociales desde el marco de los derechos humanos; reconociendo la salud y la libertad como los más básicos y esenciales derechos de la humanidad en los que debe circunscribirse toda política social.

Llamado urgente a la acción profesional del Trabajo Social

Los efectos de las políticas neoliberales y coloniales se adentran con su agenda mercantilista no solo en el escenario público, sino también en los escenarios privados de la salud y salud mental donde los y las profesionales del Trabajo Social se desempeñan; delegando cada vez más este derecho a la industria de seguros. Por un lado, el

sector privado con el fin lucrativo, y por otro, el sector público con el discurso de costo efectividad y lo federado, imponen sobre la profesión, definiendo sus ejecutorias y límites. En el campo de la salud mental, las políticas neoliberales y coloniales delimitan las intervenciones, los tipos de acercamiento terapéuticos, los abordajes teóricos enfocados en la funcionalidad y patología de los sujetos a través del uso del DSM V. En un estudio que se llevó a cabo en 2010 (Rivera, 2010), una trabajadora social verbalizó algunos de dilemas éticos que, en ocasiones, observaba dentro de su escenario laboral:

“Lo mejor que se puede hacer en política pública es que los servicios de salud mental sean garantizados. Garantizar que el servicio de salud mental para ese niño y ese adolescente se dé indistintamente de si tienen o no dinero. Que se garantice el servicio por su necesidad y se le brinde. No tengo por qué negar unos servicios, ni limitar la hora de sección evaluativa en 20 terapias, en 20 secciones que es lo que quiere la aseguradora, NO” (GFTSII-46) (Rivera, 2010, p.301).

Por otro lado, las condiciones de trabajo de tipo contractual sin ningún tipo de acceso a plan médico, vacaciones, días por enfermedad, crea riesgos para la profesión y su dimensión política amenazándonos, a través de la estrategia del miedo y de la inseguridad laboral, con desprofesionalizarnos, fragmentar nuestra lucha, e invocar la filantropización en la atención a los derechos sociales y el derecho a la salud.

Algunas reflexiones finales

Para finalizar, deseo compartir algunos puntos reflexivos para la construcción de una agenda en torno al quehacer del Trabajo Social. La profesión de Trabajo Social tiene la inmediata responsabilidad de analizar aquellas áreas, dentro de las políticas sociales, que no han sido efectivas en satisfacer las necesidades de la población; ya sea porque no se disponen principios que garanticen la misma o que su concepción, implementación e interpretación no definen las necesidades reales y particulares de la población llamada a atender. Se hace ineludible detenernos a pensar en el rol que ha tenido el profesional del Trabajo Social como implementador de unas políticas públicas concebidas desde el Estado neoliberal y colonial carente de sensibilidad, recursos, visión integradora y preventiva. Es ineludible que se contemple un trabajo social desde un abordaje encaminado a la emancipación, que no se asuma como instrumento del Estado ni de las políticas neoliberales. Construyamos un trabajo social descolonizado y

descolonizador, que surja del requerimiento de las necesidades de los pueblos y no de las necesidades definidas para los pueblos a través de la política colonial. Es necesario un trabajo social con capacidad de pensar y actuar críticamente, que no pierda la capacidad de indignarse y accionar en función de nuestra sociedad. Es urgente que parte de la agenda nacional para el trabajo social sea una dirigida a estudiar aquellos espacios internacionales que pudieran dar mayor protección y reconocimiento a nuestra población. Ejemplo de ello es la injerencia de los y las profesionales del trabajo social en convenciones mundiales y latinoamericanas, como lo es la Federación Internacional de Trabajo Social, que abogan por mayor justicia y protección de derechos humanos.

Sobre todo, es apremiante el desarrollo de un campo de investigación en Trabajo Social que sea capaz de develar las relaciones de opresión que transitan sutilmente por los espacios de las instituciones y las políticas sociales que en nombre de la justicia social, aniquilan violentamente el campo de los derechos humanos. Reto a nuestra profesión a construir un nuevo conocimiento desde la voz de nuestra gente: niños, niñas, jóvenes, familias y comunidades. Ellos son los que constituyen los pueblos. Esas voces tienen que enmarcar las políticas y las actividades educativas afirmativas en beneficio de la niñez que nos ayuden a construir una cultura de solidaridad y a enriquecer nuestra identidad.

Las recomendaciones a nuestra profesión de trabajo social expuestas aquí, solo pretenden comenzar un proceso de reconstrucción de la política social y del discurso prevaleciente para insertar nuevas visiones dentro del campo de la salud mental para niños, niñas y jóvenes. El análisis de la salud mental no puede continuar siendo uno desvinculado de la realidad sociopolítica y económica que vive el pueblo de Puerto Rico como colonia de los Estados Unidos y como parte de un mundo globalizado. Como profesionales, es indispensable trabajar hacia la descolonización de la profesión del trabajo social. Una agenda nacional para los y las profesionales del Trabajo Social es necesaria si realmente deseamos contribuir a erradicar el estigma, la opresión y las desigualdades sociales. La intervención del profesional de Trabajo Social se debe encuadrar, en un compromiso ético sobre asuntos que involucren distintos tipos de opresión, la defensa de los derechos humanos y los valores que nos rigen.

Nuestro Código de Ética Profesional (2011) nos convoca cuando expresa: “La intervención del y la profesional de Trabajo Social se justifica cuando sus prácticas van dirigidas a fomentar los derechos humanos, la diversidad, la equidad, la justicia social y la participación

activa y crítica de los participantes en la solución de problemas o necesidades” (p.12). En el campo de la salud por la niñez, el código profesional les emplaza a no hacerse parte del mercado de la salud y de la invisibilización del derecho más básico que posee todo ser humano, el derecho de vivir dignamente. No puede permitirse que los niños y niñas continúen en espera de recibir estos servicios. No puede haber democracia en un país que no escucha la voz y el llanto de aquellos y aquellas que padecen, por pequeños que sean. Un país cuya prioridad no es ni la educación ni la salud de su población infanto-juvenil, es un país destinado al más doliente futuro. Para ello, les invito a consolidar como proyecto profesional colectivo, un frente unido en la defensa de los derechos a la niñez y la salud.

NOTAS

1. En Puerto Rico, esto se ha manifestado con las enmiendas a la ley del Sistema de Retiro de los Empleados del Estado Libre Asociado y del Sistema de Maestros de Puerto Rico, ambos proyectos legislados y aprobados en el 2013. Además, la actual crisis en la provisión de servicios que atraviesa el País como resultado del despido de casi 30,000 empleados en el sector gubernamental en el 2009 por la llamada Ley 7.
2. Solo se retomaron estas dos áreas. En las regiones restantes, las Compañías APS y FHC continuaron ofreciendo los servicios de salud mental según las regiones que le correspondían por contrato.
3. El otro país es Somalia, pues carece de un gobierno reconocido (UNICEF, 2009).

REFERENCIAS

- Bernardini-Zambrini, D. A. (2012). El Día Mundial de la Salud, los determinantes sociales y las oportunidades. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(2), 287-288.
- Canino G. Shrout, P. Rubio, M., Bravo M., Ramírez, R.; Chavez, L.,... Martínez, A. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use, and

the effects of impairment, 2004. *Archives of General Psychiatry*, 61; 85-93. Accesado en www.archgenpsychiatry.com.

Comité del Primer Congreso del Niño de Puerto Rico (1943). *Memorias del primer congreso del niño de Puerto Rico*. Reunido en la ciudad de San Juan, Puerto Rico, del 4 al 7 de diciembre de 1941. San Juan, PR: Negociado de materiales, imprenta y transporte.

Conde, J. (2005). Puerto Rico: *Ciudadanos invisibles de un país invisible*. En recurso electrónico: Child Rights Information Network. Accesado en www.crin.org/resources/infoDetail.asp?ID=6672.

Custo, E. (2008). *Salud mental y ciudadanía: Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Argentina: Editorial Espacio.

Estado Libre Asociado (2003). *Informe del Grupo de Trabajo sobre Política Pública en relación a Sistema de Cuidado de Salud Mental*. Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción.

Estado Libre Asociado (2004). *Análisis sectorial de salud Puerto Rico*. Departamento de Salud.

Estado Libre Asociado de Puerto Rico. (2005). *Comité de Salud Mental: Informe*. Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico. 28 de agosto de 2005.

Estado Libre Asociado. (2005). *Plan For Comprehensive Community Mental Health Services for Adults with Severe Mental Illness and Children and Adolescents with Seriously Emotional Disturbances for 2006*. Department of Health: Mental Health and Anti-Addiction Services Administration.

García, T. (2000). *Salud mental en niños y adolescentes: estudio exploratorio descriptivo del proceso de intervención*

profesional y la participación de la familia en los niños y adolescentes con trastornos emocionales en Puerto Rico. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

Guardiola, D. (2005). *La participación del trabajador social en la política social en Puerto Rico*. Ponencia presentada en el VI Encuentro de política social y derechos sociales. Ciudad de Panamá. 5-8 de abril de 2005. Documento inédito.

Guinsberg, E. (2004). *La salud mental en el neoliberalismo*. México: Plaza y Valdés S.A. MCS (s/f). *Manual de Administración de IPA'S*. Accesado en <https://www.medicalcardsystem.com/NR/rdonlyres/34D2D39A-FE1B-4858-A512-49E667A831C9/1775/Manualde..>

Organización Mundial de la Salud. (2008) *Subsanar las desigualdades de una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen Analítico del Informe Final.

Rivera Díaz, M. (2010). *Ciudadanos Invisibles: Diversidad de voces sobre la política de salud mental en Puerto Rico*. Disertación doctoral requerida para la obtención del grado de doctor en filosofía de la Escuela Graduada de Trabajo Social Beatriz Lasalle. Universidad de Puerto Rico. Agosto 2010.

Rivera Marrero, M. (2013). Asoman cambios en ASSMCA. *Periódico el Nuevo Día* digital. 29 de diciembre de 2013. Accesado en <http://www.elnuevodia.com/asomancambiosenassmca-1677757.html>

Rivera Mass, E, Fernández, N, Torres, A., & Parrilla, C (2007). *Análisis de la salud*

de Puerto Rico, Salud Mental. Documento inédito.

Sosa, Omayra. (2005). Llega tarde una oferta de ayuda. *Periódico EL Nuevo Día, Portada*. 26 de febrero 2005, p. 47.

Unicef. (2009). *Convención sobre los derechos del niño*. Recurso electrónico. Accesado en http://www.unicef.org/spanish/crc/index_30177.html.